



CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1 - LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

En caso de discordancia entre las condiciones de cobertura de esta póliza, predominarán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Específicas y éstas sobre las Condiciones Generales Comunes.

Cláusula 2 - RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art.1549 C.C.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art.1550 C.C.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art.1552 C.C.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art.1553 C.C.).

Cláusula 3 - AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado están obligados a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.). Cuando se trate de un hecho propio del Tomador o Asegurado, debe comunicar de la agravación, antes de que se produzca. Cuando la agravación sea causada por hecho ajeno, debe comunicarla al Asegurador en un plazo inferior a treinta (30) días.

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, hubiera impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C.C.).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida, desde que la agravación efectivamente se produce. El Asegurador, en el plazo de siete (7) días de producida la agravación, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.)



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de un (1) mes, y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador omite denunciar la agravación, el Asegurador no está obligado a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que:

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerle la denuncia (Art. 1583 C.C.).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- b) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584 C.C.)

Cláusula 4 - CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 1579 del Código Civil.

Cláusula 5 - PAGO DE LA PRIMA

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 1573 C.C.).

En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 C.C.).

Cláusula 6 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Asegurado, o el beneficiario, comunicará por escrito al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 C.C.).

También está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin (Art. 1589 C.C.).

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir con culpa grave o con dolo, las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.).

Cláusula 7 - VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador, es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluación en cuanto al daño, su valor y sus causas y exigir del Asegurado testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

Cláusula 8 - GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (Art.1614 C.C.).

Cláusula 9 - REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño, y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art.1613 C.C.).

Cláusula 10 - VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art.1591 C.C.).

Cláusula 11 - PROVOCACION DEL SINIESTRO

El Asegurador queda liberado de pagar la suma asegurada, cuando el Asegurado se ha dado voluntariamente la muerte, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres (3) años (Art.1670 C.C.).

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado con un acto ilícito (Art.1671 C.C.).

El Asegurador se libera si la persona cuya vida se asegura, la pierde en empresa criminal (Art.1672 C.C.).

Cláusula 12 - REDUCCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables (Art.1685 C.C.).

El Asegurador se libera si el Asegurado o el beneficiario provocan el accidente dolosamente o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal (Art.1686 C.C.).



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Cláusula 13 - PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO

El pronunciamiento del Asegurador, se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro.

Cláusula 14 - RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce (12) a doce (12) horas, la rescisión se computará desde la hora doce (12) inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro (24).

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

Cláusula 15 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- c) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro;
 - d) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referente a contratos o sus prórrogas; y
 - e) Aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.
- Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Arts. 1595 y 1596 C.C.)

Cláusula 16 - MORA AUTOMÁTICA

Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (Art.1559 C.C.).

Cláusula 17 - PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o invalidez, desde que el beneficiario haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 C.C.).

Cláusula 18 - DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (Art.1560 C.C.).

Cláusula 19 - USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO

Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el Tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene el derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado, a menos que el Tomador demuestre, que contrató por mandato de aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 C.C.).

Cláusula 20 - CÓMPUTO DE PLAZOS

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computaran corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Cláusula 21 - PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art.1560 C.C.).

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA BÁSICA

Cláusula 1 - CONTRATO COMPLETO

Esta póliza (conformada por las Condiciones Generales Comunes y estas Condiciones Específicas), la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado y las correspondientes Condiciones Particulares constituyen el Contrato Completo entre el Asegurado y el Asegurador.

Cláusula 2 - OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

La presente póliza cubre el riesgo de muerte del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones en ella establecidos, siempre que su muerte se produzca durante la vigencia de la misma y antes de alcanzar la Edad de Terminación de la Cobertura establecida en las Condiciones Particulares.

La cobertura de este seguro se otorga sin restricción alguna en cuanto a residencia y viajes que pueda realizar el Asegurado dentro o fuera del país.

Cláusula 3 - PERSONAS NO ASEGURABLES

De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de catorce (14) años de edad.

Tampoco son asegurables por esta póliza las personas de más de sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto expreso en contrario.

Cláusula 4 - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares constituye la indemnización a pagar a los beneficiarios designados en caso de producirse el fallecimiento cubierto, de acuerdo con los términos establecidos en la presente póliza.

Cláusula 5 - MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Se consideran agravaciones del riesgo las que provengan de la modificación de la profesión o actividad declaradas.

Cláusula 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga esta póliza, los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Enfermedades pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Se entiende por enfermedad pre-existente, a toda malformación, afección o enfermedad diagnosticada, tratada, o que haya evidenciado síntomas o signos, antes de la fecha de inicio de vigencia de cada cobertura.

Pasados doce (12) meses desde el inicio de vigencia de la cobertura, ninguna enfermedad podrá ser considerada causal de exclusión de cobertura.

Esta exclusión no será de aplicación cuando el Asegurador exija requisitos de asegurabilidad.

- b) Suicidio voluntario, salvo que la póliza haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres (3) años antes del hecho.
- c) Hechos provocados con dolo, o con culpa grave, o mediante un acto ilícito, ya sea por acción o por omisión del Asegurado o el beneficiario.
- d) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes. Acción de rayos "x" y similares y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
- e) Acontecimientos catastróficos tales como terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes
- f) Actos de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, insurrección, revolución, conmoción civil, terrorismo, tumulto popular, vandalismo o lock-out
- g) Estados de ebriedad o de intoxicación por la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- h) Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- i) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas

Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, también se excluyen las consecuencias mediatas o inmediatas de:

- j) Hechos que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
- k) Hechos derivados de la navegación aérea, marítima o fluvial cuando se trate de líneas de transporte no regulares o charters entre aeropuertos o puertos no autorizados.
- l) Hechos ocurridos durante la práctica y/o entrenamiento de deportes y/o actividades de alto riesgo, tales como: aladeltismo, montañismo, buceo, esquí, patinaje, pruebas de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre y otros que impliquen similares niveles de velocidad, altura, esfuerzo físico y riesgo.

Cláusula 7 - CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima indicada en las Condiciones Particulares surge de aplicar, a la suma asegurada de la póliza, la tarifa correspondiente a la edad alcanzada por el Asegurado al contratar el seguro. Dicha tarifa ha sido elaborada de acuerdo con las bases técnicas de este seguro, aprobadas por la Superintendencia de Seguros en el plan técnico correspondiente presentado por el Asegurador.

El premio, también indicado en las Condiciones Particulares, surge de adicionar a la prima todos los recargos que pudieran corresponder, así como los impuestos, tasas y gravámenes que sean aplicables.

Cláusula 8 - RENOVACIÓN



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Mientras la póliza se encuentre en vigor, ésta podrá ser renovada, sin nuevos requisitos de asegurabilidad siempre que el Asegurado no hubiera alcanzado la Edad Máxima de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares.

La renovación sólo se hará efectiva con el pago -dentro del plazo de gracia estipulado- del premio inicial del nuevo período de cobertura.

En cada renovación, la prima se determinará en función de la edad alcanzada por el Asegurado al inicio del período de renovación, de acuerdo con las tarifas vigentes en el Asegurador a esa fecha.

Cláusula 9 - DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

a) Designación:

La designación de beneficiario o beneficiarios se hará por escrito, en la Solicitud de Seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el inciso b).

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro le corresponderá a quienes ejercen el derecho de representación, en la proporción de la alícuota parte del premoriente.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Cuando se designe a "los herederos", se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, y acrediten su vocación hereditaria preferente o excluyente, mediante certificados oficiales emitidos por el Registro Civil. Si hubiere testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos, siempre que no se afecte a la "Legítima" de los herederos forzosos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

b) Cambio:

El Asegurado podrá cambiar, en cualquier momento, el beneficiario o beneficiarios, salvo que la designación sea a título oneroso. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente al Asegurador, si el Asegurado dirige a sus oficinas la comunicación respectiva y presenta esta póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente.

Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado en la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que corresponden a la orden conjunta de los beneficiarios anotados en la póliza y los designados con posterioridad mediante cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación.

El Asegurador quedará liberado en caso de pagar el capital asegurado a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificatoria de esa designación.

Atento al carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, el Asegurador en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación y además por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.

Cláusula 10 - PLURALIDAD DE SEGUROS

Si se contratara más de un seguro de vida con distintos Aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar la presente póliza se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 2 (Reticencia y Falsa Declaración) de las Condiciones Generales Comunes. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 3 (Agravación del Riesgo) de las Condiciones Generales Comunes.

Cláusula 11 - PAGO DE LOS PREMIOS

Los premios deben ser pagados por adelantado en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales o en las entidades debidamente habilitadas para tal fin, salvo pacto en contrario.

Cláusula 12 - PLAZO DE GRACIA – FALTA DE PAGO

El Asegurador concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses, de todos los premios. Durante ese plazo, esta póliza continuará en vigor y si durante su transcurso se produjera el fallecimiento del Asegurado, el premio correspondiente al seguro del fallecido constituirá una deuda a favor del Asegurador. La tasa de interés que podrá aplicar el Asegurador para la regularización de los premios una vez vencido el plazo de gracia no podrá superar en más de un 30% el promedio de las tasas efectivas anuales percibidas por los Bancos y Financieras sobre créditos de consumo, de acuerdo con las normas del Banco Central del Paraguay en materia de límites para tasas usurarias.

Para el pago del primer premio, el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia o de emisión de la póliza, la que fuera posterior. Para los pagos siguientes, dicho plazo de gracia se computará a partir de la fecha de vencimiento de los mismos.

Si el Tomador solicitara por escrito la rescisión de la póliza dentro del plazo de gracia, deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de recibo de tal solicitud por el Asegurador.

Vencido el plazo de gracia sin pago del premio correspondiente, la cobertura quedará automáticamente suspendida sin necesidad de interpelación judicial ni extrajudicial alguna. El Asegurador no será responsable por los siniestros ocurridos entre la fecha de la suspensión y la fecha en que eventualmente se regularice el pago de las primas.

Además el Asegurador podrá rescindir el contrato, decisión que deberá notificar con una anticipación de quince (15) días. La rescisión no se producirá si las primas adeudadas se pagan antes del vencimiento de dicho plazo.

Cláusula 13 - CESIÓN DE DERECHOS

La presente póliza es intransferible, por lo que cualquier cesión se considerará nula y sin ningún valor.



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Cláusula 14 - DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Tomador y/o el Asegurado podrán obtener un duplicado en sustitución de la original. Las modificaciones o suplementos incorporados vía endoso o adenda, también integrarán este duplicado.

El Tomador y/o el Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de las declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza. Serán por cuenta de los solicitantes, los gastos que origine la extensión de duplicados y copias.

Cláusula 15 - CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO

El Tomador o los beneficiarios designados están obligados a suministrar al Asegurador la siguiente documentación:

a) Copia legalizada de:

1. Partida de defunción
2. Declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte
3. Testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran

b) Toda otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo

El Asegurador se reserva el derecho de efectuar las indagaciones necesarias para verificar la configuración del siniestro. Asimismo, puede exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos.

Cláusula 16 - PRESUNCIÓN DE FALLECIMIENTO

Cuando no puedan aportarse las constancias del deceso del Asegurado, por no haber podido inscribirse el fallecimiento en el organismo competente y no existiera fallo judicial sobre el fallecimiento presunto, las personas con derecho al seguro deberán suministrar al Asegurador la siguiente documentación:

a) Testimonio del suceso que afectó al Asegurado, mediante las referencias del proceso que se haya instruido ante la autoridad competente

b) Copia autenticada de la resolución recaída al respecto

De las constancias obrantes en esa documentación deberá resultar fehacientemente acreditado el accidente, desastre u homicidio por actos de terrorismo y/o extremismo y la simultánea desaparición del Asegurado a consecuencia del suceso.

Una vez reunidos los antecedentes para configurar el siniestro y -hallados éstos de conformidad- el Asegurador abonará el capital asegurado vigente a la fecha de la desaparición o de la muerte que se establezca judicialmente.

Si se hubieran abonado primas con posterioridad a dicha fecha, el Asegurador sólo estará obligado a su devolución.



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Cláusula 17 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de cada Asegurado se extinguirá en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado renuncie a continuar con el seguro
- b) Cuando la póliza quede rescindida según lo estipulado en la Cláusula 14 (Rescisión Unilateral) de las Condiciones Generales Comunes
- c) Cuando se produzca la falta de pago del premio sujeto a lo estipulado en la Cláusula 12 (Plazo de Gracia – Falta de Pago) de estas Condiciones Específicas.
- d) Cuando el Asegurado alcance la Edad Máxima de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario indicado en las mismas.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE POR ACCIDENTE**

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura complementaria ampara el riesgo de fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que el mismo se produzca dentro del año del suceso o accidente.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo suceso o acción repentina y violenta de o con un agente externo que produzca la muerte del Asegurado, independientemente de su voluntad.

También se consideran accidentes, los eventos que sean causa del fallecimiento y fueran ocasionados por:

- a) La asfixia por vapores o gases; por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad
- b) La intoxicación o envenenamiento por vapores o gases, por ingestión de sustancias tóxicas o de alimentos en mal estado
- c) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo indicado en la Cláusula 2 (Exclusiones Específicas) de estas Condiciones Específicas
- d) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a seis (6) meses, el Asegurado deberá cumplimentar nuevamente los requisitos de asegurabilidad que exija el Asegurador en tal caso. En los casos donde el contrato de seguro se halle suspendido por las causas contractuales o legales establecidas, el Asegurado también deberá dar prueba de que los requisitos de asegurabilidad no han variado. El Asegurador podrá solicitar los exámenes médicos y todo cuanto sea pertinente para la evaluación del riesgo o su estado.

Cláusula 2 - SUMA ASEGURADA

La suma asegurada de esta cobertura complementaria es la que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Incorporación, de corresponder, y constituye la indemnización a pagar en caso de verificarse el hecho cubierto.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, quedan expresamente excluidos de la presente cobertura complementaria los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, salvo pacto en contrario

- b) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado
- c) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas
- d) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 1 (Riesgo Cubierto)
- e) Accidentes derivados del uso de motocicletas, cuatriciclos y vehículos similares, salvo pacto en contrario.

Cláusula 4 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura complementaria, corresponde al representante o beneficiario del Tomador o Asegurado:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente dentro de los tres (3) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia
- b) Proporcionar constancias médicas y/o testimoniales de la fecha y causas del accidente así como todos los elementos necesarios para la verificación del siniestro y la determinación de la cobertura

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
- c) Facilitar cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a su cargo.

Cláusula 5 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

Cláusula 6 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, la presente cobertura complementaria terminará:

- a) Cuando se produzca la extinción de la Cobertura Básica por cualquier causa
- b) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS

- c) Cuando el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, según corresponda.

<p style="text-align: center;">CONDICIONES ESPECÍFICAS INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR ACCIDENTE</p>
--

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura complementaria ampara el riesgo de que el Asegurado sufra pérdidas anatómicas de miembros u órganos como consecuencia inmediata de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro del año de su fecha de ocurrencia.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo suceso o acción repentina y violenta de o con un agente externo que produzca una lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- al Asegurado independientemente de su voluntad y que sea la causa inmediata de la pérdida anatómica de un miembro u órgano.

También se consideran accidentes:

- a) La asfixia por vapores o gases, por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad
- b) La intoxicación o envenenamiento por vapores o gases, por ingestión de sustancias tóxicas o de alimentos en mal estado
- c) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo indicado en la Cláusula 2 (Exclusiones Específicas) de estas Condiciones Específicas
- d) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Se excluyen expresamente los casos que sean consecuencia de enfermedades o infecciones de cualquier naturaleza.

En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a seis (6) meses, el Asegurado deberá cumplimentar nuevamente los requisitos de asegurabilidad que exija el Asegurador en tal caso. En los casos donde el contrato de seguro se halle suspendido por las causas contractuales o legales establecidas, el Asegurado también deberá dar prueba de que los requisitos de asegurabilidad no han variado. El Asegurador podrá solicitar los exámenes médicos y todo cuanto sea pertinente para la evaluación del riesgo o su estado.

Cláusula 2 - SUMA ASEGURADA

El beneficio otorgado por la presente cobertura complementaria resulta de aplicar a la correspondiente suma asegurada -que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, de corresponder- el porcentaje estipulado en la tabla siguiente:

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente	100%	
Localización de las lesiones		
a) Cabeza		
Sordera total e incurable de los oídos	50%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%	
Sordera total e incurable de un oído	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
b) Miembros superiores		
	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis local).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional..	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar.	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular al meñique	8%	6%
c) Miembros inferiores		
Pérdida total de una pierna	55%	
Pérdida total de un pie	40%	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%	
Fractura no consolidada de una rótula	30%	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	
Anquilosis del empeine en posición no funcional	15%	
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%	
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15%	
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%	
Pérdida total de un dedo gordo del pie	8%	
Pérdida total de otro dedo del pie	4%	

En caso de constar en la Solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados para las pérdidas en los miembros superiores.

Se entiende por pérdida de un miembro u órgano lesionado, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del mismo. En cuanto a los ojos, la pérdida cubierta consiste en la ceguera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total. En tal caso, la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero, si la falange fuera del pulgar y a la tercera parte, por cada falange si se tratara de cualquier otro dedo.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada uno, sin que la indemnización total pueda exceder el 100 % de la suma asegurada de la presente cobertura adicional. Por otro lado, cuando esa suma sea del 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista.

No se indemnizarán las pérdidas anatómicas no contempladas taxativamente en la tabla inserta en esta cláusula.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce (12) meses siguientes a la fecha del accidente ocasionaran otra u otras pérdidas o la muerte (siempre que se hubiera contratado la cobertura complementaria de Indemnización Adicional por Muerte por Accidente), el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la presente cobertura adicional.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, quedan expresamente excluidos de la presente cobertura complementaria los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, salvo pacto en contrario
- b) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado
- c) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas
- d) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 1 (Riesgo Cubierto)
- e) Accidentes derivados del uso de motocicletas, cuatriciclos y vehículos similares, salvo pacto en contrario

Cláusula 4 -

DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura complementaria, el Tomador, el Asegurado -o sus beneficiarios- deberán:

- a) Denunciar la ocurrencia del accidente dentro de los tres (3) días, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia
- b) Proporcionar constancias médicas y/o testimoniales de la fecha y causas del accidente así como todos los elementos necesarios para la verificación del siniestro y la determinación de la cobertura

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes para que proporcionen toda la información que los médicos del Asegurador soliciten a los efectos de esta cobertura.
 - d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a su cargo.

El Asegurador, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Cláusula 5 -

PLAZO DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al grado de la pérdida anatómica, el Asegurador podrá realizar los actos tendientes para la confirmación de ello, requiriendo las informaciones complementarias necesarias para ese fin.

La falta de contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Cláusula 6 -

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Las indemnizaciones por accidente son adicionales e independientes de los demás beneficios previstos en la póliza, excepto para el caso de contratación simultánea de la cobertura complementaria de Indemnización Adicional por Muerte por Accidente, en cuyo caso regirá lo estipulado en el último párrafo de la Cláusula 2 (Suma Asegurada) de estas Condiciones Específicas.



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Cláusula 7 -

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, la presente cobertura complementaria terminará:

- a) Cuando se produzca la extinción de la Cobertura Básica por cualquier causa
- b) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- c) Cuando por la presente cobertura se hubieran abonado indemnizaciones por un monto equivalente al 100% de la suma asegurada correspondiente
- d) Cuando el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, según corresponda.

CONDICIONES ESPECÍFICAS

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE SUSTITUTIVA

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura complementaria ampara el riesgo de invalidez total y permanente por enfermedad o accidente del Asegurado, que no le permita desempeñar –por cuenta propia o en relación de dependencia- cualquier actividad remunerativa, siempre que esta invalidez sea susceptible de durar como mínimo y en forma ininterrumpida por tres (3) meses, y se hubiera iniciado durante la vigencia de esta cobertura.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo suceso o acción repentina y violenta de o con un agente externo que produzca una lesión corporal -que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta- al Asegurado independientemente de su voluntad y que sea la causa inmediata de su invalidez total y permanente

También se consideran accidentes:

- a) La asfixia por vapores o gases; por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad;
- b) La intoxicación o envenenamiento por vapores o gases, por ingestión de sustancias tóxicas o de alimentos en mal estado.
- c) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo indicado en la Cláusula 2 (Exclusiones Específicas) de estas Condiciones Específicas
- d) El carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Se excluyen expresamente los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal.

Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de invalidez total y permanente los siguientes:

- e) La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico

- f) La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie
- g) La enajenación mental incurable
- h) La parálisis general

En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a seis (6) meses, el Asegurado deberá cumplimentar nuevamente los requisitos de asegurabilidad que exija el Asegurador en tal caso. En los casos donde el contrato de seguro se halle suspendido por las causas contractuales o legales establecidas, el Asegurado también deberá dar prueba de que los requisitos de asegurabilidad no han variado. El Asegurador podrá solicitar los exámenes médicos y todo cuanto sea pertinente para la evaluación del riesgo o su estado.

Cláusula 2 - SUMA ASEGURADA

El beneficio previsto en esta cobertura es la suma asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Incorporación, de corresponder, y constituye la indemnización a pagar en caso de verificarse el hecho cubierto.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, quedan expresamente excluidos de la presente cobertura complementaria los eventos sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:

- a) Insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, salvo pacto en contrario
- b) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un accidente cubierto sufrido por el Asegurado
- c) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas
- d) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 1 (Riesgo Cubierto)
- e) Accidentes derivados del uso de motocicletas, cuatriciclos y vehículos similares, salvo pacto en contrario
- f) Lesiones imputables a esfuerzo
- g) Maternidad
- h) Embarazo



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS S.A.

Cláusula 4 -

DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, para obtener el beneficio previsto en esta cobertura complementaria, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante y/o beneficiario-, según corresponda:

- a) Denunciar la existencia de la invalidez total y permanente dentro de los tres (3) días contados a partir de la fecha del diagnóstico efectuado por el especialista médico del Asegurado, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia
- b) Proporcionar constancias médicas y/o testimoniales de la fecha y causas de la invalidez o incapacidad así como todos los elementos necesarios para la verificación del siniestro y la determinación de la cobertura.

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
 - Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales
- c) Facilitar cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a su cargo.
 - d) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes para que proporcionen toda la información que los médicos del Asegurador soliciten a los efectos de esta cobertura.
 - e) Adoptar todas las medidas posibles para reducir las consecuencias del accidente.

El Asegurador, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Cláusula 5 -

PLAZO DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al grado de la pérdida anatómica, el Asegurador podrá realizar los actos tendientes para la confirmación de ello, requiriendo las informaciones complementarias necesarias para ese fin.

La falta de contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Cláusula 6 -

CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por esta cobertura es sustitutivo del capital asegurado a liquidar en caso de muerte del Asegurado. En consecuencia, si la suma asegurada de esta cobertura fuera equivalente a la suma asegurada de la Cobertura Básica, con el pago de este beneficio por

invalidez quedarán cumplidas todas las obligaciones del Asegurador respecto de las Condiciones Particulares y/o del Certificado Individual correspondiente. Si, en cambio, la suma asegurada de esta cobertura fuera inferior a la suma asegurada de la Cobertura Básica para el mismo Asegurado, una vez acordado este beneficio por invalidez, las sumas aseguradas de las restantes coberturas vigentes se reducirán en la proporción existente entre el capital liquidado por invalidez y el capital asegurado para la Cobertura Básica.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, la presente cobertura complementaria terminará:

- a) Cuando se produzca la extinción de la Cobertura Básica por cualquier causa
- b) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- c) Al producirse la invalidez total y permanente del Asegurado
- d) Cuando el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo pacto en contrario indicado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, según corresponda.

CONDICIONES ESPECÍFICAS DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

Cláusula 1 - RIESGO CUBIERTO

La presente cobertura ampara el riesgo de que se diagnostique al Asegurado –por primera vez- alguna de las Enfermedades Graves descritas en esta cláusula. A los fines de esta cobertura, se entiende por:

a) Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos normales, que afecte al Asegurado por primera vez. El tumor debe ser primario en el órgano detectado y anterior a cualquier metástasis del mismo tumor.

El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida y confirmado por un informe anatómopatológico suscripto por especialista. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- Toda neoplasia intraepitelial cervical (toda etapa CIN)
- Toda forma de tumor pre-maligno
- Toda forma de cáncer no invasivo (carcinoma in situ)
- El cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- El carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas
- El melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)

b) Infarto de Miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

1. Historia de dolor torácico típico
2. Historia clínica que revele sintomatología de isquemia miocárdica
3. Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
4. Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen:

El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;

- Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- Infarto de miocardio silente

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas pertinentes de los daños producidos con un mínimo de seis (6) semanas posteriores al hecho y siempre que el Asegurado se encuentre con vida.

c) Derrame e Infarto Cerebral

Cualquier suceso cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolización proveniente de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos y por resultados de tomografía axial computada de cerebro o por resonancia magnética de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses después de su diagnóstico.

Se excluyen:

- El Accidente Isquémico Transitorio (TIA)
- El daño traumático del cerebro
- Los infartos lacunares sin déficit neurológico
- Los síntomas neurológicos secundarios a migraña

En todos los casos se abonará la indemnización ante las pruebas neurológicas y de diagnóstico por imágenes de los daños producidos con un mínimo de tres (3) meses posteriores al hecho, siempre y cuando el Asegurado se encuentre con vida.

d) Bypass aorto-coronario

La realización de cirugía a corazón abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arteri coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- La angioplastia coronaria o implante de stent
- Todo otro procedimiento intra-arterial
- Toda cirugía por toracotomía mínima

Para cualquier solicitud de indemnización por esta cobertura, es condición ineludible que la patología cubierta sea tratada en Establecimientos Asistenciales y por profesionales habilitados para tal fin. A los efectos de este seguro, se entiende por Establecimiento Asistencial aquél catalogado como Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc. que se halle habilitado legalmente para funcionar por el Organismo de Control Sanitario correspondiente, Municipal, Provincial o Nacional y autorizado por éste a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado y que posea servicio de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día y esté equipado para cirugía mayor. No se consideran Establecimientos Asistenciales los geriátricos, centros de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni los establecimientos que funcionen como centros de tratamiento para drogas y/o alcohol. La elección de los prestadores (médicos, auxiliares, técnicos, etc.) y/o del Establecimiento Asistencial queda librada a la voluntad del Asegurado. Por lo tanto, el Asegurador se libera de la responsabilidad que pudiera corresponderle a los prestadores libremente elegidos por el Asegurado.

Para la presente cobertura rige el plazo de carencia indicado en las Condiciones Particulares y/o el Certificado Individual de Incorporación -de corresponder-, el que no podrá exceder de noventa (90) días.

Durante el plazo de carencia, la cobertura de cada Asegurado deberá estar vigente en forma ininterrumpida. En los casos de reingreso al seguro luego de una interrupción por un período superior a seis (6) meses, el plazo de carencia deberá ser nuevamente cumplimentado sin perjuicio de los requisitos de asegurabilidad que exija el Asegurador en tal caso.

En concordancia con lo estipulado en las Condiciones Generales Comunes, la presente cobertura operará únicamente cuando el diagnóstico se produzca después de finalizado el período de carencia siempre que el origen de la enfermedad hubiera sido determinado después de finalizado el mencionado período.

Cláusula 2 - SUMA ASEGURADA

El beneficio previsto en esta cobertura complementaria es la suma asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Incorporación, de corresponder, y constituye la indemnización a pagar en caso de verificarse el hecho cubierto.

Cláusula 3 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

En adición a las exclusiones previstas en la Cláusula 6 (Riesgos no Cubiertos) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, se deja expresamente aclarado que no se encuentran cubiertos los diagnósticos que:

- a) Correspondieran a metástasis de cualquier tipo
- b) Correspondieran a patologías derivadas de la utilización de medicamentos no aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social o autoridad competente.

Cláusula 4 - DENUNCIA DEL SINIESTRO

Complementariamente a lo estipulado en la Cláusula 15 (Configuración del Siniestro) de las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, para obtener el beneficio previsto en esta



Registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el código N° 59-VI.0001 – Conforme Nota SS. SG N°1026/2019 de Fecha 14/11/2019

ROYAL
SEGUROS

cobertura, corresponde al Tomador o al Asegurado -o a su representante-, según corresponda:

- a) Denunciar la existencia del diagnóstico dentro de los tres (3) días de conocerlo, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
- b) Suministrar la documentación detallada a continuación, en concordancia con lo establecido en las Condiciones Generales Comunes:

1. Certificado médico que acredite el diagnóstico

Se deja expresamente aclarado que el Asegurador no aceptará como válidas las constancias que:

- Fueran emitidas por un familiar directo del Asegurado, independientemente de que tal persona fuera un médico o profesional de la salud. A estos efectos, se entiende por familiar directo del Asegurado a su cónyuge o conviviente y a sus familiares hasta del tercer grado de consanguinidad o afinidad
- Fueran sustentadas por técnicas no tradicionales

2. Copia de historias clínicas, protocolos quirúrgicos, estudios, análisis y exámenes practicados al Asegurado, expedidos por Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados.

3. Copia de informe anatomopatológico suscripto por un especialista legalmente habilitado, de corresponder.

- c) Relevar del secreto médico y autorizar expresamente a los médicos asistentes y a los Establecimientos Asistenciales para que los mismos proporcionen toda la información que los médicos del Asegurador le soliciten a los efectos de esta cobertura.
- d) Facilitar cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a su cargo.

El Asegurador, por su parte, se compromete a velar por la confidencialidad de las informaciones recabadas.

Será requisito indispensable para la obtención de los pagos previstos en esta cobertura, que la misma cuente con la autorización del médico auditor del Asegurador.

Cláusula 5 - PLAZO DE PRUEBA

Si las comprobaciones y las constancias aludidas en la Cláusula 4 (Denuncia del Siniestro) de estas Condiciones Específicas no resultaran concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, el Asegurador podrá realizar los actos tendientes para la confirmación de ello, requiriendo las informaciones complementarias necesarias para ese fin.

Cláusula 6 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

El beneficio acordado por la presente cobertura es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza. La presente cobertura dejará de ser renovada a partir del

momento en que el Asegurado hubiera percibido la totalidad del beneficio estipulado en la misma.

Cláusula 7 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo estipulado en las Condiciones Específicas de la Cobertura Básica, la presente cobertura complementaria terminará:

- a) Cuando se produzca la extinción de la Cobertura Básica por cualquier causa
- b) Cuando se rescinda la presente cobertura por cualquier causa
- c) Cuando el Asegurado haya percibido el beneficio correspondiente al diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas.
- d) Cuando el Asegurado alcance la Edad Máxima de Permanencia de esta cobertura, establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de Incorporación, de corresponder.